

תאריך: _____

טופס הצהרת בריאות ופרטים אישיים

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
תאריך לידה: _____
טלפון בבית _____ נייד _____
דוא"ל _____ עיסוק _____
אני מאשר קבלת סמס למכשיר הנייד ומייל לדואר אלקטרוני. לפי חוק הספאם.

כתובת מלאה.

עיר: _____ רחוב _____ מספר _____
מיקוד _____ ת.ד. _____

היכן שמעת עלינו? פייסבוק/ פלייר/המלצה/ אינטרנט/ שלט/ אחר _____ (פרט).

הצהרת בריאות

האם הינך עוסק בספורט או שעסקת בעבר?
פרט _____

האם הינך סובל או סבלת בעבר מבעיות רפואיות ומגבלות גופניות (ניתוחים, בעיות עמוד שדרה, כאבים כרוניים ועוד) אם כן, פרט. _____

האם אתה נוטל _____
תרופות? אגא פרט _____
האם את בהריון? _____

הנני מצהיר:

2. שכל הפרטים הנוגעים למצבי הבריאותי הנם נכונים, במידה ויחול שינוי במצבי הבריאותי אני מתחייב להודיע בהקדם לאדיר שרם. הנני מצהיר בזאת כי מלבד הפרטים שנמסרו בסעיף בעיות רפואיות אני בריא וכשיר ואין לי כל מגבלה רפואית הידועה לי המונעת ממני להשתתף בשיעורי פילאטיס. ידוע לי כי במידה ולא אדווח ל שינוי במצבי הבריאותי/גופני כיום ובעתיד הרי שכל פגיעה ונזק שנגרמו כתוצאה משינוי זה יחולו על אחריותי בלבד ולא אוכל לבוא בכל טענה או תביעה כנגד אדיר שרם.

שם מלא _____ ת.ז. _____
חתימה: _____